

ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE - PROCÉDURE SÉCURISÉE

Afin que notre Médecin Conseil puisse statuer sur votre demande de remboursement, il est impératif que votre médecin renseigne les informations demandées ci-dessous. Notre Médecin Conseil vous transmettra sa réponse dans un délai de 72 h suivant la réception de votre demande dûment complétée. Notre Médecin Conseil se réserve le droit de réclamer toutes les informations nécessaires.

PARTIE RÉSERVÉE À L'ASSURÉ	
Renseignements concernant l'entreprise <i>(à ne compléter que si vous êtes assuré par l'intermédiaire de votre entreprise)</i>	
Nom de l'entreprise :	N° de contrat :
Renseignements concernant l'assuré principal	
Nom et Prénom :	N° Client :
Nom de votre contrat :	E-mail : @

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN	
Nom de l'établissement hospitalier :	
Adresse :	
Téléphone :	Fax :
Nom du médecin :	
Adresse :	
Téléphone :	Fax :
Renseignements concernant le bénéficiaire de l'hospitalisation	
Nom et Prénom :	Sexe :
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : / /	
Nature de l'hospitalisation	
Merci de bien vouloir renseigner les éléments suivants nécessaires à la prise en charge de l'hospitalisation du patient désigné ci-dessus	
Motif de l'hospitalisation : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Chirurgical <input type="checkbox"/> Accouchement <input type="checkbox"/> Cure thermique <input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> S'agit-il d'un accident ? Si oui :	Date (JJ/MM/AAAA) : / / Lieu :
Circonstances :	Nature des blessures :
<input type="checkbox"/> S'agit-il d'une césarienne ? Si oui :	Date (JJ/MM/AAAA) : / / Lieu :
<input type="checkbox"/> S'agit-il d'une maladie ? Si oui :	Laquelle : Diagnostic :
Date d'apparition des premiers symptômes (JJ/MM/AAAA) : / /	
Date du premier diagnostic (JJ/MM/AAAA) : / /	
Durée du séjour :	Date d'entrée (JJ/MM/AAAA) : / / Date de sortie (JJ/MM/AAAA) : / /
Coût prévisionnel de l'hospitalisation :	
Frais de séjour :	Honoraires des praticiens :

Signature et cachet du praticien :
Date :

Signature du patient :
Date :

Document confidentiel à retourner sous enveloppe cachetée à :
M le Médecin-Conseil
C/O APRIL International Expat
110, avenue de la République - CS 51108
75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
ou
par fax : +33 (0)1 73 02 93 70
par e-mail : hospitalisation@aprilmobilité.com